

## 0.a. Objetivo

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

## 0.b. Meta

Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

## 0.c. Indicador

Indicador 3.8.2: Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares

## 0.e. Actualización de metadatos

Última actualización: marzo de 2019

## 0.f. Indicadores relacionados

## Indicadores relacionados en febrero de 2020

Indicadores de los ODS: 3.8.1; 1.1.1 y 1.2.1.

## 0.g. Organizaciones internacionales responsables del seguimiento global

## Información institucional

### Organización:

Organización Mundial de la Salud (OMS).

### 2.a. Definición y conceptos

## Conceptos y definiciones

### Definición:

Proporción de la población con un gran gasto familiar en salud en relación con el gasto o los ingresos totales del hogar.

Se utilizan dos umbrales para definir el “gran gasto de los hogares en salud”: más del 10% y más del 25% del total de gastos o ingresos de los hogares.

### Conceptos:

El indicador 3.8.2 se define como la “Proporción de la población con grandes gastos de los hogares en salud en relación con los gastos o ingresos totales de los hogares”. En efecto, se basa en una proporción que supera un umbral. Los dos principales conceptos de interés que subyacen a este ratio son el gasto de los hogares en salud (numerador) y el gasto de consumo total de los hogares o, cuando no se dispone de él, los ingresos (denominador).

#### Numerador.

El gasto de los hogares en salud se define como cualquier gasto realizado en el momento de la utilización del servicio para obtener cualquier tipo de atención (promocional, preventiva, curativa, de rehabilitación, paliativa o de larga duración), incluidos todos los medicamentos, vacunas y otros preparados farmacéuticos, así como todos los productos sanitarios, *de cualquier tipo de proveedor y para todos los miembros del hogar*. Estos gastos sanitarios se caracterizan por ser pagos directos que se financian con los ingresos del hogar, las remesas, los ahorros o los préstamos, **pero no incluyen ningún reembolso pagado por terceros**. Como tales, sólo conceden acceso a los servicios y productos sanitarios que los individuos pueden pagar, sin ninguna solidaridad entre los sanos y los enfermos más allá del hogar<sup>[1]</sup> y basándose únicamente en la voluntad y la capacidad de pago del hogar. Los pagos directos de asistencia sanitaria se denominan pagos de bolsillo (OOP, por su sigla en inglés) en la clasificación de los sistemas de financiación de la asistencia sanitaria (HF, por su sigla en inglés) de la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud (ICHA, por su sigla en inglés). Los gastos sanitarios OOP son la fuente de financiación más desigual del sistema sanitario.

Los componentes del gasto de consumo sanitario de un hogar así definidos deben ser coherentes con la división 06 de salud de la Clasificación de Consumo Individual según la Finalidad (COICOP, por su sigla en inglés) de las Naciones Unidas, que actualmente incluye los gastos en medicamentos y productos médicos (06.1), servicios de atención ambulatoria (06.2) y servicios de atención hospitalaria (06.3), pero que se está ampliando<sup>[2]</sup>.

La información adicional sobre las definiciones y clasificaciones (por ejemplo, por proveedor, por características del beneficiario) de los gastos de salud debe ser coherente con la [clasificación internacional de cuentas de salud](#) y su familia de clasificaciones. La ICHA es el resultado de la colaboración entre la OCDE, Eurostat y la Organización Mundial de la Salud.

#### **Denominator.**

El gasto en consumo de los hogares y la renta de los hogares son medidas de bienestar monetario. El consumo de los hogares es una función de la renta permanente, que es una medida de los recursos económicos a largo plazo de un hogar que determinan el nivel de vida. El consumo se define generalmente como la suma de los valores monetarios de todos los artículos (bienes y servicios) consumidos por el hogar por cuenta propia durante un periodo de referencia. Incluye los valores imputados de los bienes y servicios que no se compran pero que se adquieren de otro modo para el consumo. La información sobre el consumo de los hogares suele recopilarse en encuestas a hogares que pueden utilizar diferentes enfoques para medir el ‘consumo’ dependiendo si los artículos se refieren a bienes duraderos o no duraderos y/o si son producidos directamente por los hogares.

La medida más relevante de la renta es la renta disponible, ya que se aproxima al máximo disponible del hogar para el gasto de consumo durante el período contable. La renta disponible se define como la renta total menos los impuestos directos (netos de devoluciones), las tasas obligatorias y las multas. La renta total se compone generalmente de las rentas del trabajo, de las rentas de la propiedad, de las rentas de la producción de servicios del hogar para el consumo propio, de las transferencias recibidas en efectivo y en bienes, y de las transferencias recibidas en forma de servicios<sup>[3]</sup>.

La renta es más difícil de medir con precisión debido a su mayor variabilidad en el tiempo. El consumo es menos variable en el tiempo y más fácil de medir. Por lo tanto, se recomienda que siempre que haya información tanto del consumo como de los ingresos de los hogares se utilice el primero (véase la sección “comentarios y limitaciones” para saber más sobre la sensibilidad de 3.8.2 a la elección de ingresos/gastos en el denominador). Las estadísticas sobre 3.8.2 elaboradas actualmente por la OMS y el Banco Mundial se basan predominantemente en el consumo (véase la sección sobre fuentes de datos).

#### **Thresholds.**

Se recomienda utilizar dos umbrales para la presentación de informes globales a fin de identificar los grandes gastos de los hogares en salud como proporción del consumo o los ingresos totales de los hogares: **un umbral inferior del 10% (3.8.2 10) y un umbral superior del 25% (3.8.2 25)**. Con estos dos umbrales, el indicador mide las dificultades financieras.

(véase la sección de comentarios y limitaciones).

1 .

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf\\_9789264116016-9-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en) t.

2 .

Ítem 3(1) disponible en <https://unstats.un.org/unsd/statcom/49th-session/documents/>; <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1> t.

3 .

<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf> t.

## 3.a. Fuentes de datos

## Fuentes de datos

### Descripción:

Las fuentes de datos recomendadas para el seguimiento de la “Proporción de la población con un gran gasto en salud de los hogares como proporción del gasto o los ingresos totales de los hogares” son las encuestas a hogares con información sobre el gasto de consumo de los hogares en salud y el gasto de consumo total de los hogares, que realizan habitualmente las oficinas nacionales de estadística. Las encuestas sobre el presupuesto de los hogares (EPH) y las encuestas sobre los ingresos y los gastos de los hogares (HIES, por su sigla en inglés) suelen recopilar estos datos, ya que se llevan a cabo principalmente para proporcionar información para el cálculo de los índices de precios al consumo o la compilación de las cuentas nacionales. Otra posible fuente de información son las encuestas socio-económicas o de nivel de vida; sin embargo, algunas de estas encuestas pueden no recopilar información sobre el gasto total de consumo de los hogares –, por ejemplo, cuando un país mide la pobreza utilizando los ingresos como medida de bienestar<sup>[4]</sup>. El criterio más importante para seleccionar una fuente de datos para medir el indicador 3.8.2 de los ODS es la disponibilidad tanto del gasto de consumo de los hogares en salud como del gasto de consumo total de los hogares.

Cuando se utilizan encuestas socio-económicas o de nivel de vida para medir el indicador 3.8.2 de los ODS, cualquier problema de comparabilidad entre países del indicador 1.1.1 de los ODS se aplica también al seguimiento del indicador 3.8.2 de los ODS. Para cualquier tipo de encuesta a hogares, dado que se centra en el gasto sanitario de los hogares, es necesario mejorar los instrumentos de encuestas actuales para que sean comparables entre países. La Organización Mundial de la Salud está colaborando con diferentes organismos de las Naciones Unidas y otras partes interesadas importantes para garantizar que esto ocurra<sup>[5]</sup>.

4 .

<http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf> t.

5 .

Un ejemplo es la participación de la OMS en la revisión en curso de la COICOP por parte de la UNSD (por su sigla en inglés) [https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop\\_revision.asp](https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp). Otro ejemplo es un proyecto del BMGF (por su sigla en inglés) que la OMS apoya para mejorar la medición de los gastos sanitarios de los hogares <http://www.indepth-network.org/projects/ihope> t.

## 3.b. Método de recopilación de datos

### Proceso de recolección:

La OMS obtiene los datos de las encuestas a hogares de las oficinas nacionales de estadística, donde el denominador y el numerador del ratio de gasto sanitario se construye siguiendo sus propias directrices, ya sea directamente por ellos o por consultores de la OMS. La OMS trabaja a través de sus oficinas regionales o de las oficinas en los países para obtener acceso a los datos. No se realiza ningún ajuste sistemático.

El Banco Mundial también suele recibir directamente los datos de las Oficinas Nacionales de Estadística (ONEs). En otros casos, utiliza datos de las ONEs recibidos indirectamente. Por ejemplo, recibe datos de Eurostat y de LIS (Luxembourg Income Study), que proporcionan al Banco Mundial los datos de las ONEs que han recibido o armonizado. La Universidad Nacional de La Plata, Argentina, y el Banco Mundial mantienen conjuntamente la base de datos SEDLAC (Base de datos socio-económicos para América Latina y el Caribe) que incluye estadísticas armonizadas sobre la pobreza y otras variables distributivas y sociales de 24 países de América Latina y el Caribe, basadas en microdatos de encuestas a hogares realizadas por las ONEs. Los datos se obtienen a través de programas específicos para cada país, incluyendo programas de asistencia técnica y actividades conjuntas de análisis y desarrollo de capacidades. El Banco Mundial se relaciona con las ONEs en programas de trabajo relacionados con los sistemas estadísticos y el análisis de datos. Los economistas especializados en pobreza del Banco Mundial suelen colaborar con las ONEs en la medición y el análisis de la pobreza como parte de las actividades de asistencia técnica.

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial generan el indicador 3.8.2 siguiendo el mismo enfoque (véase la metodología). Ambas instituciones combinan las estimaciones a nivel meso. La elegibilidad de las estimaciones incluidas en una base de datos mundial conjunta para la producción de estimaciones regionales y mundiales se basa en los siguientes controles de calidad:

*Para el denominador del ratio de gasto sanitario.*

- Comparar el logaritmo del consumo total per cápita en una fuente de referencia con el logaritmo del consumo total per cápita estimado a partir de la encuesta. La fuente de referencia se toma de Povcalnet<sup>[6]</sup> si está disponible, y si no, de los Indicadores de Desarrollo Mundial (IDM)<sup>[7]</sup>, calculados como los gastos de consumo final de los hogares en moneda internacional constante de 2011 divididos por la población total. Cuando la diferencia entre el logaritmo del consumo total per cápita en la fuente de referencia y el logaritmo del valor estimado a partir de la encuesta como proporción del logaritmo del consumo total per cápita en la fuente de referencia es superior al 10%, cuando la comparación es con PovcalNet y superior al 15%, o cuando la comparación se realiza con los IDM (Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial), el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico a nivel internacional en términos de consumo per cápita.
- Comparar el recuento de la pobreza estimado a partir de la encuesta en la línea de pobreza de 1,90 dólares al día en PPA de 2011 con la incidencia de la pobreza informada en PovcalNet en la misma línea de pobreza (valor de referencia). Cuando la diferencia absoluta entre el valor de referencia y la estimación de la encuesta supera los 10 puntos porcentuales, el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico en la incidencia de la pobreza extrema y se marca para su posible exclusión.
- Comparar el recuento de la pobreza estimado a partir de la encuesta en la línea de pobreza de 3,10 dólares al día en PPA de 2011 con la incidencia de la pobreza informada en PovcalNet en la misma línea de pobreza (valor de referencia). Cuando la diferencia absoluta entre el valor de referencia y la estimación de la encuesta supera los 10 puntos porcentuales, el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico en el recuento de la pobreza a 3,10 dólares al día y se marca para su posible exclusión.

*Para el numerador del ratio de gasto sanitario.*

- Comparar el ratio de gasto en salud medio en la encuesta con una cuota presupuestaria media de referencia construida como el ratio de la medida agregada de los gastos de bolsillo de los hogares en moneda local corriente y el gasto de consumo final agregado de los hogares en moneda local corriente. Cuando la diferencia absoluta supera los 5 puntos porcentuales, el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico en cuanto a la proporción del presupuesto de los hogares que se gasta en salud y se marca para su posible exclusión. El macroindicador del gasto de bolsillo de los hogares está disponible en la [Global Health Expenditure Database](#) (GHED, por su sigla en inglés)<sup>[8]</sup> y en la [World Development Indicators Database](#) (WDI, por su sigla en inglés)<sup>[9]</sup>. La información sobre el gasto en consumo final de los hogares también se extrae de los IDM (código de la serie: NE.CON.PRVT.CN)

Estos puntos de referencia también se utilizan para decidir entre dos estimaciones para aquellos países y aquellos años para los que ambas instituciones tienen la misma fuente de datos. Para más información, consulte el informe de la OMS y el Banco Mundial de 2017 sobre el seguimiento de la cobertura sanitaria universal, así como Wagstaff et al 2018.

Al final del proceso de garantía de calidad, la OMS y el Banco Mundial reúnen estimaciones no duplicadas de la proporción de la población con un gran gasto familiar en salud como proporción del gasto o los ingresos totales de los hogares para cada país. A continuación, la Organización Mundial de la Salud lleva a cabo un proceso de consulta con los países. A raíz de una resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS (EB107.R8), se pide a la OMS que haga esto antes de publicar las estimaciones a nivel de país en nombre de los Estados miembros. Para cualquier indicador, este proceso comienza con el envío por parte de la OMS de una solicitud formal a los Ministerios de Salud para que designen un punto focal para la consulta sobre el indicador. Una vez que los Estados miembros nombran a los puntos focales, la OMS les envía los borradores de las estimaciones y las descripciones metodológicas. Los códigos STATA están disponibles para reproducir las estimaciones compartidas. A continuación, los puntos focales envían a la OMS sus comentarios, a menudo incluyendo nuevos datos o estimaciones revisadas de los países que se utilizan para actualizar las estimaciones de los países. Durante la consulta de países de 2017, 137 Estados miembros de la OMS designaron puntos focales, 100 de los cuales recibieron proyectos de estimaciones e información sobre la metodología; 37 sólo recibieron información sobre la metodología, ya que no se elaboró ningún proyecto de estimación. De los 57 Estados miembros de la OMS sin puntos focales designados se dispone de estimaciones para 32 de ellos.

Además de estas consultas, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial organizan periódicamente eventos de formación sobre la medición de la falta de cobertura de protección financiera, en los que participan tanto el Ministerio de Salud como la Oficina Nacional de Estadística. La OMS tiene varias colaboraciones regionales y nacionales en curso para apoyar la producción del indicador 3.8.2, ya que ha sido adoptado recientemente y todavía no es producido de forma rutinaria por la Oficina Nacional de Estadística a pesar que los datos están disponibles y la metodología es sencilla. Los resultados de estas colaboraciones aún no se incluyen en la base de datos reunida por la OMS y el Banco Mundial, pero las estimaciones producidas por un país se someterán al mismo proceso de garantía de calidad que se acaba de describir.

6 .

<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx>.

7 <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators> .

8 .

<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/1>.

9 .

<https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators> 1.

### 3.c. Calendario de recopilación de datos

## Calendario

### Recopilación de datos:

La recopilación de datos sigue el plan de un país para realizar encuestas de gasto de consumo de los hogares, encuestas de presupuesto de los hogares y encuestas de ingresos y gastos de los hogares.

### 3.d. Calendario de publicación de datos

### Publicación de datos:

En diciembre de 2017 se publicaron las estimaciones sobre la proporción de la población con un gran gasto familiar en salud como porcentaje del gasto o los ingresos totales del hogar. En adelante, se añadirán nuevos datos a medida que se reciba más información de los puntos focales designados (véase el proceso de recopilación). Actualizaciones.

de las estimaciones regionales y mundiales están previstas cada dos años.

### 3.e. Proveedores de datos

## Proveedores de datos

Oficinas Nacionales de Estadística en colaboración con los Ministerios de Salud. Ver fuentes de datos para más detalles.

### 3.f. Compiladores de datos

## Compiladores de datos

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial.

### 4.a. Justificación

### Justificación:

La meta 3.8 se define como “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios esenciales de atención sanitaria de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos”. La preocupación es que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud de calidad que necesitan (incluidos medicamentos y otros productos de salud), sin dificultades financieras. Se han elegido dos indicadores para el seguimiento de la meta 3.8 en el marco de los ODS. El indicador 3.8.1 se refiere a la cobertura de los servicios de salud, que se pone en práctica con un índice que combina 16 indicadores de cobertura de los servicios de salud para la salud reproductiva, materna e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y capacidad y acceso a los servicios en una sola métrica resumida. El indicador 3.8.2 se centra en los gastos de salud en relación con el presupuesto de un hogar para identificar las dificultades financieras causadas por los pagos directos de atención médica. En conjunto, los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 tienen por objeto captar las dimensiones de cobertura de servicios y protección financiera, respectivamente, de la meta 3.8. Estos dos indicadores deberían ser siempre objeto de un seguimiento conjunto.

El indicador 3.8.2 se deriva de metodologías que se remontan al período de 1990 elaboradas en colaboración con académicos del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. El indicador 3.8.2 trata de identificar a las personas que necesitan dedicar una parte sustancial de sus gastos o ingresos totales de los hogares a la atención de la salud. La atención se centra en los pagos realizados en el punto de uso para obtener cualquier tipo de tratamiento, de cualquier tipo de proveedor, para cualquier tipo de enfermedad o problema de salud, neto de cualquier reembolso a la persona que realizó el pago, pero excluyendo los pagos anticipados por servicios de salud, por ejemplo, en forma de impuestos o primas o contribuciones específicas de seguros. Estos pagos directos son la forma menos equitativa de financiar los sistemas de salud, dado que determinan el alcance de la atención recibida.

Esto va claramente en contra del espíritu de la meta, que exige conceder acceso basado en las necesidades de salud y no la capacidad de un hogar para reunir todos sus recursos financieros para satisfacer las necesidades de salud de sus miembros. Es posible que se necesiten algunos pagos directos, pero el indicador 3.8.2 se basa en la convicción de que nadie, independientemente de su nivel de ingresos, debería tener que elegir entre el gasto en salud y el gasto en otros bienes y servicios básicos, como la enseñanza, las necesidades alimentarias, la vivienda y los servicios públicos. Una forma de evaluar la medida en que los sistemas de salud conducen a dificultades financieras es calcular la proporción de la población con grandes gastos familiares en salud como proporción del consumo o los ingresos totales de los hogares. Para obtener información detallada sobre la definición elegida para supervisar la

dimensión de protección financiera de la cobertura sanitaria universal dentro del marco de seguimiento de los ODS (indicador 3.8.2), consulte Wagstaff et al. (2018) y el capítulo 2 del informe de la OMS y el Banco Mundial sobre “Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento mundial de 2017”.

## 4.b. Comentarios y limitaciones

### Comentarios y limitaciones:

Es posible realizar un seguimiento periódico del indicador 3.8.2 utilizando los mismos datos de las encuestas a hogares que se utilizan para el seguimiento de las metas 1.1 y 1.2 de los ODS sobre la pobreza<sup>[10]</sup>. Estas encuestas también se realizan periódicamente para otros fines, como el cálculo de las ponderaciones para el Índice de Precios al Consumo. Estas encuestas suelen ser realizadas por las ONEs. Por lo tanto, el monitoreo de la proporción de la población con grandes gastos del hogar en salud como proporción del consumo o ingreso total del hogar no agrega ninguna carga adicional de recolección de datos, siempre y cuando se pueda identificar el componente de gasto en salud de los datos de consumo no alimentario del hogar. Si bien esto es una ventaja, el indicador 3.8.2 sufre los mismos problemas de puntualidad, frecuencia, calidad de los datos y comparabilidad de las encuestas que el indicador 1.1.1 de los ODS. Sin embargo, el indicador 3.8.2 tiene sus propias limitaciones conceptuales y empíricas.

En primer lugar, el indicador 3.8.2 trata de identificar las dificultades financieras a las que se enfrentan los individuos cuando utilizan sus ingresos, ahorros o toman préstamos para pagar la atención sanitaria. Sin embargo, la mayoría de las encuestas a hogares no identifican la fuente de financiación utilizada por un hogar que declara gastos de salud. En los países en los que no existe un reembolso retrospectivo del gasto de los hogares en salud, esto no es un problema. Si un hogar notifica algún gasto en salud, será porque no va a ser reembolsado por ningún tercero. Por lo tanto, es coherente con la definición dada para los pagos directos de asistencia sanitaria (el numerador).

Por otra parte, en aquellos países en los que existe un reembolso retrospectivo, por ejemplo, a través de un esquema de seguro de salud contributivo, el monto reportado por un hogar sobre los gastos de salud podría ser total o parcialmente reembolsado en algún momento posterior, tal vez fuera del período de recolección de datos de la encuesta a hogares.

Evidentemente, es necesario trabajar más para garantizar que los instrumentos de las encuestas recopilen información sobre las fuentes de financiación utilizadas por el hogar para pagar la atención sanitaria, o que los instrumentos de las encuestas a hogares especifiquen siempre que los gastos sanitarios deben ser netos de cualquier reembolso.

En segundo lugar, en la definición actual del indicador 3.8.2 los grandes gastos en salud pueden identificarse comparando cuánto gastan los hogares en salud con los ingresos del hogar o con el gasto total del hogar. El gasto es la medida recomendada de los recursos de los hogares (véase la sección de conceptos), pero los trabajos empíricos recientes han demostrado que, si bien las estadísticas del indicador 3.8.2 a nivel de país son bastante robustas a dicha elección, su desagregación por grupo de ingresos es bastante sensible a la misma. Las medidas basadas en los ingresos muestran una mayor concentración de la proporción de la población con grandes gastos familiares en salud entre los pobres que las medidas basadas en los gastos (véase el capítulo 2 del informe de la OMS y el Banco Mundial de 2017 sobre el seguimiento de la cobertura sanitaria universal, así como Wagstaff et al 2018).

En tercer lugar, el indicador 3.8.2 se basa en un único punto de corte para identificar lo que constituye un ‘gran gasto sanitario como proporción del gasto o los ingresos totales del hogar’. Las personas que se encuentran justo por debajo de dicho umbral no se tienen en cuenta, lo que siempre es un problema con las medidas basadas en puntos de corte. Esto se evita simplemente trazando la función de distribución acumulativa del coeficiente de gasto sanitario detrás de 3.8.2. Al hacerlo, es posible identificar, para cualquier umbral, la proporción de la población que dedica alguna parte del presupuesto de su hogar a la salud.

En cuarto lugar, el indicador 3.8.2 se basa en medidas de gasto ex-post en atención sanitaria. Los bajos niveles de gasto podrían deberse a errores de medición debidos tanto a errores ajenos al muestreo, como un período de recuerdo muy corto que no permite recopilar información sobre la atención sanitaria que requiere una estancia de una noche; o a errores de muestreo, como un exceso de muestreo de zonas con una carga de enfermedad especialmente baja. La ausencia de gasto también podría deberse a que la gente no puede gastar nada en salud, lo que, al menos para los servicios que se incluyen en 3.8.1, debería dar lugar a niveles bajos de cobertura.

Hay otros indicadores utilizados para medir las dificultades económicas. La OMS utiliza un marco que incluye, además del indicador 3.8.2, una definición de gran gasto sanitario en relación con el gasto no destinado a la subsistencia<sup>[11] [12] [13]</sup>.

10 .

<http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>.

11 .

Capítulo 2 en “Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento mundial 2017”, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017; <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>; 1.

12 .

Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., y Evans, T. (2007), “Protecting Households From Catastrophic Health Spending,” *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, L., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., y Murray, C. (2003), “Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis,” *The Lancet*, 326, 111–117. 1.

13 .

[http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection;http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2016\\_EN\\_19169.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection;http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1); [http://apps.searo.who.int/uhchhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en](http://apps.searo.who.int/uhchhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en) 1.

## 4.c. Método de cálculo

## Metodología

## Método de cálculo:

Promedio ponderado de la población de personas con un gran gasto familiar en salud en relación con el gasto o los ingresos totales del hogar.

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i 1\left(\frac{\text{health expenditure of the household } i}{\text{total expenditure of the household } i} > \tau\right)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

donde  $i$  denota un hogar,  $1()$  es la función indicadora que toma el valor 1 si la expresión entre corchetes es verdadera, y 0 en caso contrario,  $m_i$  corresponde al número de miembros del hogar de  $i$ , corresponde a la ponderación muestral del hogar  $i$ , es un umbral que identifica el gran gasto del hogar en salud como proporción del consumo o los ingresos totales del hogar (es decir, 10% y 25%).

El gasto sanitario de los hogares y los gastos o ingresos de los hogares se definen como se explica en la sección “concepto”. Para más información sobre la metodología, consulte Wagstaff et al (2018) y el capítulo 2 del informe de la OMS y el Banco Mundial de 2017 sobre el seguimiento de la cobertura sanitaria universal.

## 4.f. Tratamiento de valores faltantes (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional

### Tratamiento de valores faltantes:

A nivel de país no se intenta la imputación para producir estimaciones. La proporción de la población con un gran gasto del hogar en salud como proporción del gasto o los ingresos totales del hogar se estima para todos los años para los que se dispone de una encuesta nacional representativa sobre el presupuesto del hogar, los ingresos y gastos del hogar, las condiciones socio-económicas o el nivel de vida con información tanto sobre el gasto o los ingresos totales del hogar como sobre el gasto total del hogar en salud. Cuando existen múltiples encuestas a lo largo del tiempo para un mismo país, se da preferencia a las estimaciones elaboradas a partir de la misma encuesta. Se realiza una serie de pruebas para retener las series con mejores resultados (véase el Proceso de recolección).

### 4.g. Agregaciones regionales

#### Agregados regionales:

Para construir las estimaciones a nivel regional y mundial, cuando no se dispone de estimaciones basadas en encuestas para los años de referencia 2000, 2005 o 2010, se alinean todas las estimaciones basadas en encuestas dentro de una ventana de 5 años del año de referencia utilizando una combinación de interpolación, extrapolación, modelización econométrica e imputación basada en las medianas regionales (Wagstaff et al., 2018; capítulo 2 del informe de 2017 de la OMS y el Banco Mundial sobre el seguimiento de la cobertura sanitaria universal).

El Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud utilizan su propia agrupación regional, además de la desagregación regional propuesta para los ODS por la UNSD (por su sigla en inglés).

## 4.h. Métodos y directrices a disposición de los países para la recopilación de los datos a nivel nacional

### Métodos y lineamientos disponibles para los países para la recopilación de los datos a nivel nacional:

### 4.j. Garantía de calidad

#### Garantía de calidad:

## 5. Disponibilidad y desagregación de datos

### Disponibilidad de datos

Este indicador se basa principalmente en las mismas fuentes de datos que se utilizan para supervisar el indicador 1.1.1 de los ODS, con el requisito adicional de la disponibilidad de información sobre los gastos sanitarios. Teniendo esto en cuenta, el Banco Mundial y la OMS han identificado 1.566 conjuntos de datos de encuestas de hogares potencialmente adecuados de 155 países. Algunas de estas encuestas fueron excluidas porque eran inaccesibles, carecían de las variables clave necesarias para la estimación de la proporción de la población con grandes gastos de los hogares en salud como proporción del gasto o los ingresos totales de los hogares, no pasaron el proceso de garantía de calidad o no formaban parte de una serie temporal coherente. Hasta diciembre de 2017 se han utilizado un total de 553 puntos de datos de 132 países o territorios que abarcan el período 1984-2015 para elaborar el indicador 3.8.2 de los ODS.

La disponibilidad de datos medida en términos del número de países que la OMS y el Banco Mundial han revisado y retenido actualmente para la estimación de la “proporción de la población con grandes gastos de los hogares en salud como proporción del gasto o ingreso total de los hogares” es la siguiente para el año más reciente:.

|   |                                       | Retenido por la OMS y el Banco Mundial para la estimación de la "proporción de la población con un gran gasto familiar en salud como parte del gasto o ingreso total de los hogares". |                 |                                  |                 |                                  |                 |
|---|---------------------------------------|---|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|
| Desagregación regional de los ODS.                        | Número de Estados miembros de la OMS. | 2005 o anterior.  |                 | 2006-2015.                       |                 | Total por región ODS.            |                 |
| .   | .                                     | (número de Países Miembros (PM).  | (% por región). | (número de Países Miembros (PM). | (% por región). | (número de Países Miembros (PM). | (% por región). |
| América del Norte (PM49) y Europa (PM49).                 | 44.                                   | 6.  | 13,60%.         | 33.                              | 75,00%.         | 39.                              | 88,60%.         |
| América Latina y el Caribe (ODM=PM49).                    | 33.                                   | 7.  | 21,20%.         | 10.                              | 30,30%.         | 17.                              | 51,50%.         |
| Asia central (PM49) y Asia meridional (ODM=PM49).         | 14.                                   | 0.  | 0,00%.          | 11.                              | 78,60%.         | 11.                              | 78,60%.         |
| Asia oriental (PM49) y Asia sudoriental (ODM=PM49).       | 16.                                   | 2.  | 12,50%.         | 10.                              | 62,50%.         | 12.                              | 75,00%.         |
| Asia occidental (PM49) y África del Norte (PM49).         | 23.                                   | 4.  | 17,40%.         | 9.                               | 39,10%.         | 13.                              | 56,50%.         |
| África subsahariana (PM49).                               | 48.                                   | 16.   | 33,30%.         | 21.                              | 43,80%.         | 37.                              | 77,10%.         |
| Australia y Nueva Zelanda (PM49).                         | 2.                                    | 0.  | 0,00%.          | 1.                               | 50,00%.         | 1.                               | 50,00%.         |
| Oceanía (PM49), excepto Australia y Nueva Zelanda (PM49). | 14.                                   | 1.  | 7,10%.          | 0.                               | 0,00%.          | 1.                               | 7,10%.          |
|   | 194.                                  | 36.   | 18,60%.         | 95.                              | 49,00%.         | 131.                             | 67,50%.         |

La disponibilidad global de datos cubre al menos el 50% de todos los Estados miembros de la OMS en todas las regiones PM49, excepto los de Oceanía (7,1%). Para más información, consulte el informe de la OMS y el Banco Mundial de 2017 sobre el seguimiento de la salud universal ; Wagstaff et al 2018.

## Series temporales:

La frecuencia de estos datos es similar a la de los datos utilizados para elaborar el indicador 1.1.1 de los ODS. Varía según los países, pero en promedio, oscila entre una base anual de 1 año y 3 a 5 años.

## Desagregación:

La siguiente desagregación es posible en la medida en que la encuesta ha sido diseñada para proporcionar estimaciones representativas a ese nivel:.

- Sexo y edad del cabeza de familia
- Ubicación geográfica (rural/urbana)
- Quintiles de las medidas de bienestar del hogar (gastos o ingresos totales del hogar). Véanse los comentarios y las limitaciones para la sensibilidad de la desagregación a la elección de la medida de bienestar

## 6. Comparabilidad/desviación de las normas internacionales

### Fuentes de discrepancias:

Las estimaciones a nivel de país se basan todas en encuestas representativas a nivel nacional con información tanto sobre el gasto o los ingresos totales de los hogares como sobre el gasto de los hogares en salud (ver fuentes de datos). En la mayoría de los casos, estos datos proceden de encuestas a hogares no normalizadas y pueden diseñarse procesos de normalización a posteriori para aumentar el grado de comparabilidad entre países. Por ejemplo, los equipos regionales del Banco Mundial producen versiones estandarizadas de conjuntos de datos brutos siguiendo procedimientos regionales comunes: los conjuntos de datos armonizados de ECAPOV (por su sigla en inglés) se basan en los conjuntos de datos del Estudio de Medición de los Niveles de Vida – LSMS (por su sigla en inglés) <sup>[14]</sup> o en las encuestas de presupuestos familiares (EPF) recopiladas en la región de Europa y Asia Central del Banco Mundial; la colección SHIP (por su sigla en inglés) es el resultado de un programa de pobreza sobre encuestas a hogares armonizadas en la región africana del Banco Mundial, mientras que la colección SHES (por su sigla en inglés) fue desarrollada por el Banco Mundial para el programa de comparación internacional <sup>[15]</sup>. Los conjuntos de datos del estudio de ingresos de Luxemburgo (LIS, por su sigla en inglés) son el resultado del esfuerzo por armonizar los conjuntos de datos de muchos países de ingresos altos y medios <sup>[16]</sup>.

En algunos casos, los datos brutos son accesibles para producir estimaciones a nivel de país. En algunos países, además de los datos brutos, se dispone de una versión estandarizada de los mismos y en otros países sólo de la versión estandarizada. Cuando se dispone de varias versiones de la misma encuesta, se retiene la de mejor rendimiento en términos de una serie de pruebas de garantía de calidad (véase el proceso de recolección). Cuando se opta por una versión estandarizada de los instrumentos de una encuesta diseñada a nivel nacional, existen diferencias entre las variables de gasto generadas utilizando los datos brutos y las variables de gasto generadas utilizando los procedimientos de armonización, lo que podría dar lugar a una incidencia estimada diferente de la población con un gran gasto de los hogares en salud como proporción del gasto o los ingresos totales de los hogares.

<sup>14</sup> <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00.html> [↓](#).

<sup>15</sup> .  
Una documentación detallada que describe los procedimientos de armonización está disponible en los documentos pdf adjuntos [↓](#).

<sup>16</sup> .  
<http://www.lisdatacenter.org/> [↓](#).

## 7. Referencias y documentación

### Referencias

#### URL:

<http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>; <http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>.

#### Referencias:

- Capítulo 2 sobre Protección financiera en “Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento mundial de 2017”, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017;
- [http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/)
- <http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>
- [http://www.who.int/health\\_financing/topics/financial-protection/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/en/)
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu J., Smits, M-F., Chepynoga, K., Buisman, L.R., van Wilgenburg, K. y Eozenou, P., (2018), “Progreso del gasto sanitario catastrófico en 133 países: un estudio observacional retrospectivo”, the Lancet Global Health, volumen 6, número 2, e169-e179. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)

*Sobre los enfoques subyacentes a la definición actual de los grandes gastos sanitarios como proporción del consumo o los ingresos totales de los hogares:.*

- Capítulo 18 de “Análisis de la equidad en salud con datos de encuestas a hogares”. Washington, DC: Grupo del Banco Mundial; 2008, <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data>

*Para la definición de los gastos sanitarios: .*

- [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf\\_9789264116016-9-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en)

*Para los componentes del gasto sanitario:.*

- División 06 de la Clasificación de Consumo Individual según la Finalidad (COICOP, por su sigla en inglés) de la ONU [https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop\\_revision.asp](https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp); <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>